

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THESE 380 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROBERT VINOT

Né à Juvisy (S.-et-O.), le 21 Février 1900

LA CÉSARIENNE

DANS LA

Présentation de l'Epaule

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1930

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THE

1867

OF THE

ANNÉE 1930

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROBERT VINOT

Né à Juvisy (S.-et-O.), le 21 Février 1900

LA CÉSARIENNE

DANS LA

Présentation de l'Epaule

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

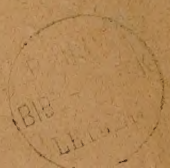
1930

LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	N. . . .
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique.	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale de l'enfance et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale	LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LEMAITRE. . . .	Oto-rhino-laryngologie
BINET.	Physiologie.	LEROUX.	Anatomie pathologique.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale	LÉVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	LIAN.	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale	MERCIER (Fern)	Pharmacologie.
CATHALA. . . .	Pathologie médicale.	MILLOT.	Histologie.
CHABROL. . . .	Pathologie médicale	MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOREAU.	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.	Physique.	MOURE.	Pathologie chirurgicale.
DONZELOT. . . .	Pathologie médicale.	MULON.	Histologie.
ÉCALLE.	Obstétrique.	OBERLING. . . .	Anatomie pathologique.
FEY.	Urologie.	OLIVIER.	Anatomie.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.	PIÉDELIEVRE. .	Médecine légale.
GASTINEL. . . .	Bactériologie.	PORTES.	Obstétrique.
GATELLIER. . . .	Pathologie chirurgicale	QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.	Histologie.	RICHET.	Physiologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.	SÉZARY.	Dermatologie et syphiligraphie.
HOVELACQUE.	Anatomie.	VALLERY-RADOT	
HUTINEL.	Pathologie médicale.	(Pasteur). . . .	Pathologie médicale.
JOANNON.	Hygiène.	VAUDESCAL. . .	Obstétrique.
JOYEUX.	Parasitologie.	VELTER.	Ophthalmologie.
		VERNE.	Histologie.
		VIGNES.	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET.	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.	RETTERRER. . . .	Histologie.
LEQUEUX.	Obstétrique.	ZIMMERN.	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL. . . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
LEIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MON PÈRE LE DOCTEUR VINOT
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA FEMME

A MON FILS

A MADAME ET MONSIEUR EUGÈNE SOUBIRAN

En souvenir des marques de sympathie bienveillante qu'ils ont bien voulu me témoigner dans des circonstances douloureuses.

A MADAME ET MONSIEUR LOUIS CRINON

A MONSIEUR HENRI CRINON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En le remerciant de l'honneur qu'il
m'a fait en acceptant la présidence
de cette thèse qu'il a inspirée.*

*Qu'il trouve ici le faible hommage de la
reconnaissance que je lui dois, et le
témoignage de mon entier dévouement.*

Qu'il me soit permis d'exprimer à M. le professeur Brindeau toute la reconnaissance que je lui garde pour les conseils qu'il m'a si souvent donnés.

Les observations ici rapportées (cas de la clinique Tarnier) m'ont été communiquées par MM. Brindeau et Desoubry, ancien chef de clinique à la clinique Tarnier; je les prie d'accepter avec mes remerciements, l'expression de toute ma gratitude.

Introduction

Pendant la durée de notre stage à la clinique d'accouchement Tarnier, à plusieurs reprises, nous avons été à même d'observer plusieurs cas de présentations de l'épaule. Nous avons constaté que deux modes opératoires s'offraient en pareil cas pour résoudre le problème toujours difficile de l'accouchement d'un enfant se présentant par l'épaule.

Citons dès maintenant ces deux modes d'interventions en pareille circonstance; nous avons nommé la césarienne et la version.

Remercions tout d'abord le professeur Brindeau, professeur à la clinique d'accouchement Tarnier, de nous avoir suggéré le sujet de cette thèse : « La césarienne dans la présentation de l'épaule ».

Avant de traiter notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier et d'exprimer toute notre gratitude à nos maîtres au cours de nos années de médecine.

En souvenir de M. le professeur A. Gilbert, qui a été notre premier maître, nous lui devons les premiers éléments de la clinique médicale qu'il a su nous inculquer eu début de nos études.

MM. les professeurs Ombredanne, Hartmann, Claude, Sebillot et Alglave.

Nous tenons à remercier tout spécialement MM. les professeurs Proust et Lenormand des marques de sympathie qu'ils ont bien voulu nous témoigner en des circonstances particulières que nous n'oublierons jamais. Que M. le docteur Desoubry, ancien chef de clinique à Tarnier veuille bien agréer nos bien sincères remerciements pour les bons conseils qu'il nous a si souvent prodigués.

Enfin, M. le professeur Brindeau voudra bien nous permettre de le remercier respectueusement de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous adopterons le plan suivant pour ce qui a trait à la présentation de l'épaule en général :

1^{re} partie : Définition, fréquences des présentations de l'épaule.

2^e partie : Leurs causes : prédisposantes, déterminantes.

3^e partie : Pronostic et traitement (sur lesquels nous nous étendrons davantage). Interventions chirurgicales.

Définition

Il y a présentation de l'épaule lorsque le fœtus à son grand axe perpendiculaire au grand axe de l'utérus, on dit aussi qu'il y a présentation transversale. On parle plus aisément de présentation de l'épaule, car dans cette attitude, il arrive toujours, au cours du travail, un moment où l'épaule aborde le détroit supérieur.

Nous avons donc deux cas :

Ou bien ce sera le plan latéral droit ou épaule droite, ou bien le plan latéral gauche ou épaule gauche qui se présentera.

Suivant la position occupée par le dos, en avant ou en arrière, nous aurons les variantes A I G — A I D — pour l'épaule droite dos en avant et dos en arrière, et A I D — A I G pour l'épaule gauche dos en avant et dos en arrière.

On distingue aussi, suivant la place occupée par l'épaule, des variétés de positions, le coude et l'avant-bras occupant le centre de présentation. Nous aurons alors trois variétés : acromiale, cubitale et brachiale.

Fréquence de la présentation de l'épaule

Les statistiques sont variables, mais oscillent pour certains auteurs entre 1/230 pour M^{me} Lachapelle qui a relevé 68 épaules sur 15.652 accouchements. Pinard trouve

806 présentations de l'épaule pour 100.000 accouchements (moyenne 1/124).

Enfin, nous avons pu depuis l'arrivée à la clinique Tarnier du professeur Brindeau (1^{er} novembre 1922 jusqu'au 1^{er} juin 1930) relever 73 présentations de l'épaule sur 25.719 accouchements.

En comparant ces résultats aux autres présentations, on trouve pour le sommet : 98 fois sur 100 accouchements; le siège, 1 fois sur 30 accouchements; face, 1 fois sur 250 accouchements.

La présentation de l'épaule est donc intermédiaire comme fréquence entre le siège et la face.

Nous devons ajouter que, grâce à l'observation journalière à laquelle sont soumises les femmes enceintes, nous rencontrons de moins en moins de présentations de l'épaule, et à plus forte raison, des épaules négligées, dont le pronostic est si sombre au moment du terme.

Les observations de présentations de l'épaule relevées à la clinique Tarnier pendant les années 1922-1930 (que nous publions à la fin de cette thèse sont au nombre de 73.

De nombreuses causes favorisent les présentations de l'épaule.

A) Causes prédisposantes

Tenant à la mère ou au fœtus.

I Causes maternelles

1^o MULTIPARITÉ

La multiparité pour certains auteurs serait le gros facteur des présentations de l'épaule.

Certains auteurs voient dans la laxité de la paroi abdominale et la laxité du muscle utérin provoquée par les grossesses successives des raisons du manque de sollicitation à l'accommodation du fœtus dans l'utérus.

Chez la primipare, c'est pendant les trois derniers mois que se fait l'engagement de la tête, grâce à la résistance de l'utérus et de la paroi abdominale; il y a là, nous le voyons, un facteur de tonicité du muscle utérin, aussi bien que des muscles de la paroi abdominale.

Ces faits expliquent pourquoi certaines femmes accouchées une première fois d'un enfant se présentant par le sommet, accouchent ultérieurement d'enfants en présentation de l'épaule.

Dans notre statistique, qui porte sur 73 présentations de l'épaule, nous comptons 56 multipares, soit 85 %.

2° MALFORMATIONS UTÉRINES

Dans un utérus à forme normale, c'est-à-dire la forme d'un ovoïde, dont le grand axe est vertical, l'extrémité la plus spacieuse se trouvant en haut, le fœtus aura tendance à faire occuper ce pôle par son siège, la tête venant naturellement à l'opposé, c'est-à-dire dans la petite cavité inférieure.

Si le segment inférieur se trouve élargi, plus spacieux, il en résulte un trouble dans l'évolution du fœtus.

Mais ce vice de conformation n'est pas le seul qui puisse affecter l'utérus.

Développé aux dépens des canaux de Müller qui se juxtaposent et se soudent, l'utérus peut présenter des vestiges de cette soudure imparfaite et présenter alors suivant

le degré des malformations allant de la cloison complète (utérus didelphe) à l'éperon siégeant au fond.

Ces anomalies du développement expliquent les positions transverses du fœtus et en particulier les présentations de l'épaule.

Une dépression située au fond de l'utérus peut donner l'*utérus cordiforme* (en cœur de cartes à jouer) décrit par Hergott en 1839 (1).

Enfin, l'*obliquité utérine* est aussi cause, d'après M^{me} Lachapelle, de nombreuses présentations de l'épaule.

Parmi les 73 observations de présentations transversales que nous avons recueillies, nous ne comptons que 6 observations pour malformations.

3° BASSINS VICIÉS

Autre cause importante de présentations de l'épaule. Ce sont surtout les bassins rétrécis d'avant en arrière qui y prédisposent.

L'utérus porté en antéflexion sera cause d'une position défectueuse du fœtus qui sera gêné dans son accommodation.

Pendant les années 1922-1930, on a observé à la clinique Tarnier deux cas de bassins rétrécis ayant été la cause de présentations de l'épaule (Obs. n^{os} 28 et 49).

Les bassins trop larges (juxta major) prédisposent aux déviations utérines, l'accommodation est incertaine et favorise les présentations vicieuses.

(1) Hergott thèse d'agrégation 1839.

4° TUMEURS DE L'UTÉRUS

Les tumeurs de l'utérus peuvent, par leur siège, empêcher ou tout au moins gêner l'accommodation fœtale et être par conséquent la cause de présentations de l'épaule.

Citons en premier lieu les *fibromes* assez volumineux, les cancers beaucoup plus rares et envahissant principalement le col de l'utérus, ainsi que l'a démontré M. Bar dans sa thèse d'agrégation (1) ; les *thrombus*, les *polypes*, etc...

En dehors des tumeurs utérines, il faut citer les tumeurs des organes voisins pouvant refouler l'utérus et produire ainsi indirectement des présentations vicieuses.

Citons un gros *kyste de l'ovaire*, bloquant l'utérus dans l'excavation, les tumeurs du vagin (*épithéliomas*, *kystes*) ; enfin, les *tumeurs osseuses du bassin*, très rares.

II. Causes prédisposantes tenant au fœtus

1° PETITESSE DU FOETUS

Le fœtus trop petit pour la cavité utérine est mal sollicité par celle-ci, il n'a aucune tendance à se fixer, il est en position indifférente jusqu'au moment de l'accouchement où la contraction utérine violente et brusque l'immobilise dans une position transversale. Comme nous en avons rencontré trois exemples, le bras et le cordon apparaissent à la vulve ou devant la présentation.

A plus forte raison, lorsque le fœtus est mort et macéré, la présentation vicieuse est alors souvent de règle.

(1) Bar thèse d'agrégation 1886.

On peut observer pendant les premiers mois de la grossesse, lorsque le fœtus est petit, des présentations transversales, l'accouchement prématuré ou l'avortement à ce moment, se fera en position transversale le plus souvent.

Nous publions deux observations dans lesquelles la petitesse du fœtus a déterminé la présentation de l'épaule.

La première observation a trait à une II pare donnant naissance à un enfant de 6 mois pesant 950 gr. Dans la deuxième, le fœtus est mort et macéré VI pare — 6 mois, pesant 1.200 gr.

2^o GROSSESSE GÉMELLAIRE

De tout temps, les auteurs ont été unanimes pour reconnaître à la grossesse gémellaire une forte part aux présentations de l'épaule.

On le conçoit, les deux fœtus dans la même cavité utérine sont mal sollicités par l'accommodation, il en résulte des présentations vicieuses souvent pour les deux fœtus.

Nous citerons ici la loi de Pajot :

« Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siège d'alternatives de mouvement et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tend sans cesse à accommoder ses formes et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant sont régies par cette loi les présentations et positions dans les bassins normaux et viciés. »

En général, c'est le deuxième fœtus seulement qui naît par l'épaule, le premier pouvant naître par le sommet ou par le siège.

Nous publions 7 observations dans lesquelles le deuxième fœtus seul est arrivé par l'épaule.

3° HYDRAMNIOS

Indépendamment des désordres causés par l'hydramnios chez la mère et le fœtus, celui-ci peut être la cause de présentation de l'épaule. Nous en citons un cas dans une observation.

C'est surtout l'hydramnios importante dans lequel le fœtus, véritable ludion, nagera dans le liquide sans pouvoir acquérir une position stable d'engagement.

Les contractions utérines du début de l'accouchement surprendront le fœtus qui, à ce moment-là, pourra se trouver en position transversale, d'où présentation de l'épaule.

4° PLACENTA PRAEVIA

Le placenta praevia, en dehors de sa grosse complication, l'hémorragie, peut lui aussi donner des présentations vicieuses et, en particulier, l'épaule.

A la clinique Tarnier, de 1922 à 1930, on a observé trois présentations de l'épaule ayant pour causes le placenta praevia. Les observations sont publiées plus loin.

5° BRIÈVETÉ DU CORDON

On distingue la brièveté naturelle et la brièveté accidentelle, celle-ci due le plus souvent à l'existence de circulaires.

Dans ces conditions, nous comprenons très bien que l'accommodation du fœtus dans la cavité utérine soit entravée; il est alors souvent impossible pour la tête de descendre dans l'excavation.

III. Pronostic et traitement

L'accouchement dans les présentations de l'épaule peut se terminer spontanément de quatre façons différentes :

1° *Evolution spontanée*

Terminaison relativement rare, l'évolution spontanée s'effectue comme tout accouchement en 6 temps (pelotonnement, engagement, rotation interne des épaules, dégagement, rotation de la tête, expulsion).

Ce mécanisme de l'accouchement se prolonge longtemps ; les contractions utérines puissantes dans les positions transversales dans lesquelles la présentation ne progresse pas ont pour résultat fréquent la mort de l'enfant.

Nous publions trois cas pour lesquels la mort de l'enfant a été l'aboutissant.

Cela se comprend aisément, puisque ce mode d'accouchement n'est le plus souvent possible que pour de petits fœtus peu viables, pesant 1.000 gr. et au-dessous.

2° *Conduplicato corpore*

Comme le nom l'indique, le fœtus est ployé en deux, la tête et le thorax ne font qu'un et franchissent ensemble le détroit inférieur, évolution toujours fatale.

Nous relatons trois observations de ce cas.

3° Version spontanée

Rare, la présentation évolue d'elle-même et se transforme en un sommet ou un siège, les contractions utérines doivent être particulièrement violentes et énergiques.

Dans ce cas, le pronostic est moins mauvais.

4° L'accouchement ne se fait pas

Le travail traîne, la femme s'épuise; le fœtus, maltraité par les contractions utérines violentes, donne des signes de souffrance, perte du méconium, ralentissement, puis affaiblissement des bruits du cœur. Arrivé à ce point, toute tentative restera vaine. Femme et enfant meurent. Telle est la triste vérité sur la terminaison la plus fréquente des présentations de l'épaule négligées.

Donc, il faut savoir prévenir de semblables situations, il faut intervenir, le plus tôt possible, dès que le diagnostic de présentation de l'épaule sera posé.

Traitement préventif. — Essayer de faire la version par manœuvres externes sitôt le diagnostic fait, transformer si possible en sommet, à la rigueur en siège; la transformation, la version exécutée, il faudra maintenir la présentation par des pelotes, ou bien si l'on veut, la ceinture eutocique de Pinard.

Traitement curatif. — Nous sommes au début du travail, il faut respecter la poche des eaux le plus longtemps possible, ou tenter la version. En cas d'échec, ne pas hésiter, attendre la dilatation complète et rompre les membranes artificiellement; la version par manœuvres internes sera alors le procédé de choix.

Nous allons insister plus particulièrement sur la ver-

sion bipolaire de Braxton Hicks dans la présentation de l'épaule, et enfin sur la césarienne classique, puis sur la césarienne basse ou supra symphysaire dans la quatrième partie de cette thèse.

IV. La version bipolaire de Braxton-Hicks dans la présentation de l'épaule

Une observation de mars 1928 pour présentation de l'épaule chez une primipare de 24 ans va nous fournir l'occasion de parler brièvement de cette manœuvre.

Pratiquée déjà depuis le XIX^e siècle, cette intervention ne fut véritablement mise en relief que par Braxton Hicks en 1860.

En dehors de quelques indications comme le placenta prævia et la procidence du cordon, elle trouve également sa raison d'être pour la présentation de l'épaule.

Toutefois, ici, il faudra savoir discerner l'opportunité de cette manœuvre et ne la tenter que dans certains cas où l'on a des membranes rompues et une dilatation complète, encore faudra-t-il intervenir le plus tôt possible après la rupture de la poche des eaux ; une intervention plus tardive serait aboutir à un échec, la rétraction utérine formant obstacle.

Technique opératoire

Comme pour une autre opération, la femme sera mise dans la position la plus pratique pour l'opérateur. La position de Treudelenbourg. Il faut endormir la malade.

Le col ouvert permet l'introduction d'un ou de deux doigts qui, dans le cas particulier de l'épaule, refouleront

l'épaule qui se présente, pendant que la main externe fera son possible pour abaisser le siège, l'autre main libre à travers la paroi abdominale aidera l'évolution du fœtus en repoussant la tête.

Les résultats d'une telle manœuvre ne sont pas toujours excellents, mais en se plaçant dans les cas les plus favorables, on constate, d'après Hofmeier 63 % de mortalité fœtale et 0 % pour la mortalité maternelle.

Ajoutons que cette opération offrant de nombreuses difficultés est dangereuse et donne de plus médiocres résultats lorsqu'elle est pratiquée en ville.

L'embryotomie dans les présentations de l'épaule

Quatre embryotomies pour présentations de l'épaule sur fœtus morts pratiquées à la clinique Tarnier durant ces huit dernières années, nous amènent à parler de cette intervention relativement rare de nos jours, car les femmes mieux surveillées pendant la grossesse n'arrivent en effet que rarement devant l'accoucheur dans une situation telle qu'elle le mettent dans l'impossibilité d'extraire le fœtus mort autrement que par l'embryotomie.

Quand le fœtus est mort, la vie de la mère seule compte, il faut donc extraire celui-ci sans faire courir de risques à la mère.

La prise par le forceps étant contre-indiquée, on se servira alors d'appareils qui n'auront d'autre but que d'amoindrir la présentation pour favoriser son passage au travers les voies génitales.

Sans énumérer les différents appareils dont on se sert aujourd'hui pour faire une embryotomie, nous poserons pour le cas particulier de la présentation de l'épaule qui

nous intéresse l'indication de l'embryotomie rachidienne. Ces indications sont précises et s'appliquent tout particulièrement à la présentation de l'épaule avec un enfant mort, la version ne devant jamais se pratiquer quand l'enfant a succombé.

Dans certains cas particuliers d'infection utérine, il ne faudra pas songer à l'embryotomie, difficile ainsi, l'hystérectomie serait alors indiquée.

Opérations Césariennes

L'opération césarienne ou hystérotomie est une opération qui consiste à ouvrir l'utérus pour extraire l'enfant.

La césarienne classique et la césarienne basse ou supra-symphysaire se partagent les faveurs des chirurgiens à l'heure actuelle.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous allons d'abord parler de la césarienne classique, puis ensuite nous parlerons plus longuement de la césarienne basse. Nous emprunterons les descriptions de ces interventions dans le traité du professeur Brindeau.

L'opération comprend six temps :

- 1° Incision de la paroi abdominale;
- 2° Préparation de l'utérus;
- 3° Incision de l'utérus et extraction du fœtus;
- 4° Extraction de l'arrière faix;
- 5° Suture de l'utérus;
- 6° Suture de la paroi.

L'Anesthésie

L'anesthésie générale est pratiquée, soit au chloroforme, soit à l'éther ou au protoxyde d'azote, soit à un

mélange anesthésiant; l'anesthésie locale a été préconisée dans certains cas d'état général grave.

L'anesthésie rachidienne semble, d'après le professeur Brindeau, le mode d'anesthésie le meilleur actuellement.

Une solution de stovaine à 1 p. 10 est injectée à la dose de 7 centigrammes.

Les observations recueillies dans le service du professeur Brindeau à Tarnier durant huit années montrent les résultats toujours parfaits de ce mode d'anesthésie; l'hémorragie est pratiquement nulle. Et autre avantage, le fœtus nullement incommodé par l'anesthésique crie aussitôt l'extraction.

À quel moment faut-il opérer ?

Pas de règles précises, quand on peut, souvent. L'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles, dans certaines dystocies (bassin très rétréci, tumeurs prœvia, présentation de l'épaule), il faut autant que faire se peut opérer à la fin de la grossesse, avant tout début de travail.

Le professeur Brindeau préfère opérer au moment du début des premières contractions douloureuses ou en cas de rupture prématurée des membranes. L'épreuve du travail dans certains cas de bassin limite, peut modifier les choses et faire rejeter l'intervention en cas d'engagement.

Avant l'opération. — Les préparatifs

La femme est rasée, iodée et mise en position déclive, les instruments nécessaires à l'opération sont à portée de

L'opérateur, un aide s'apprête à recevoir dans une alèze le fœtus.

L'opération, comme il a été dit plus haut, s'effectue alors en six temps.

Difficultés et complications opératoires

Les difficultés opératoires sont très rares, celles-ci tiennent le plus souvent à l'insuffisance des incisions, incisions trop restreintes de la paroi abdominale ou de la paroi utérine.

La plus grosse complication tient à l'hémorragie qui peut provenir, ou bien de la plaie utérine, ou bien de la surface d'insertion du placenta. Afin d'éviter cette complication, certains accoucheurs font une piqûre d'ergotine ou d'hypophyse au début de l'opération, précautions souvent inutiles, lorsque l'on a à choisir l'anesthésie rachidienne qui, justement, évite l'inertie utérine productive des hémorragies.

Suites opératoires

Généralement, on n'observe pas d'incidents, la montée laiteuse est normale, on peut enlever les fils du 8^e au 10^e jour.

Quelques fois, on peut observer des tranchées violentes provoquées par des caillots en rétention, la morphine et des applications de glace sur le ventre soulagent les accouchées.

Complications de la césarienne

Complications infectieuses, graves, la péritonite, dont le pronostic est fatal. Quelques complications rares; nous

citerons en premier lieu : l'hémorragie secondaire, hémorragies causées par un état général mauvais, insuffisance hépatique. Quand, après faillite des procédés usuels pour enrayer l'hémorragie, celle-ci ne cesse pas, il faut faire sauter les points de suture et procéder à une hystérectomie.

L'occlusion

On peut aussi se trouver en présence d'un syndrome d'occlusion, le diagnostic étiologique sera difficile; alors, dans ce cas, sans hésitation, il faudra, par une intervention secondaire, aller lever l'obstacle.

La péritonite

Beaucoup plus redoutable est la péritonite qui s'accompagne toujours d'un pronostic très grave; on peut aussi observer une infection in utero; dans ce cas, aucune intervention ne devra être pratiquée, pas de curetage, ni d'injection.

Désunion de la plaie utérine

Complication assez grave, signalée cependant par différents auteurs : Lepage, Jeannin, Brindeau. Se produisant en général du 2^e au 8^e jour, elle se consacre par des phénomènes péritonéaux qui masquent l'hémorragie interne. Dans ces cas, les sutures avaient été faites au catgut : imbibition du catgut, d'où déroulement du fil et contractions utérines qui serrent et desserrent alternativement les nœuds. Cette désunion a été observée dans deux cas; dans le premier cas, cette désunion s'est pro-

duite le deuxième jour, et s'est manifestée par une hémorragie interne; opérée d'urgence, la femme a guéri; chez l'autre malade, la désunion s'est produite insidieusement et la femme est morte de péritonite le huitième jour, le diagnostic fut posé après la mort.

La solidité de la cicatrice utérine est influencée par divers facteurs.

La technique opératoire, le matériel de suture, nous l'avons vu, influencent certainement la solidité de la cicatrice, nous pouvons ajouter plus tard l'infection dans les suites des couches; l'involution utérine, à ce moment, favorise aussi la désunion en permettant un relâchement des sutures.

Les contractions utérines, loin de favoriser la soudure des lèvres de la plaie provoquent le chevauchement, réalisant ainsi un obstacle à la coalescence parfaite de la cicatrice.

Lors d'une grossesse ultérieure, l'insertion du placenta sur la cicatrice peut diminuer fortement la solidité de celle-ci.

Enfin l'intervalle entre la date de la césarienne et l'accouchement ultérieur joue un rôle pour quelques auteurs.

Küstner demande un an pour la consolidation de sa cicatrice.

La qualité de la cicatrice dans la césarienne basse est meilleure que dans la césarienne classique.

Ceci tient à ce que la suture utérine dans la césarienne basse siège sur une zone de l'utérus particulièrement immobile pendant les suites de couches. (Sckickelé et Henneberg.)

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

L'infection dans la césarienne basse étant moins fréquente que dans la césarienne classique explique pourquoi la cicatrice est plus parfaite, l'élément infection étant hors de cause.

Un autre facteur qui intervient contre une cicatrisation absolument normale de la plaie utérine dans la césarienne classique est le fait que les fibres musculaires subissent dans la suite des couches de dégénérescence autolyse.

C'est probablement à cause de cette dégénérescence que le processus de la cicatrisation est entravé.

Il faut remarquer encore que la cicatrice de la césarienne basse ne subit pas de distension pendant la grossesse.

Pour la cicatrice portant sur le corps, il en est autrement, car la cicatrice est distendue pendant la grossesse.

Si nous résumons ce qui précède, nous voyons que les difficultés de l'asepsie de l'incision, l'involution utérine, les contractions utérines dans les suites de couches, la nécessité de faire l'hémostase avec les sutures, la fréquence du placenta sur la paroi antérieure de l'utérus, voilà les inconvénients de l'incision de la césarienne classique. Ces inconvénients n'existent pas si on fait la section basse sur le segment inférieur.

La rupture utérine après la césarienne

La rupture de la cicatrice utérine chez les anciennes césarisées lors d'une grossesse ou d'un accouchement ultérieur est une complication grave.

A l'étranger, de nombreux auteurs ont étudié cette question; citons : Eardly Holland, pour la césarienne classique; Max Wetterwald, pour la césarienne basse.

Adhérences

Assez fréquentes, les adhérences sont de gravité variable, les organes adhérents entre eux sont par ordre de fréquence : épiploon et paroi, utérus et paroi, intestin et utérus, ou bien encore intestin et paroi. Il va sans dire que les adhérences peuvent être multiples et très variables quant à leur forme.

L'existence des adhérences passe souvent inaperçue; d'autres fois, celles-ci se manifestent par des douleurs, de la dysménorrhée ou un étranglement intestinal (Kouwer, Kustner).

La Césarienne supra symphaire

Pratiquée à l'étranger depuis de nombreuses années déjà, peu connue en France il y a quelques années, la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire, fut mise en valeur par certains accoucheurs français.

Les auteurs étrangers n'ont jamais cessé de louer cette intervention comme élargissant le domaine de la césarienne conservatrice, se substituant même à la césarienne classique dans ses indications. MM. Brindeau, Schickelé, l'ont particulièrement étudiée en France.

Cette opération a été pratiquée à Tarnier par le professeur Brindeau sur 13 cas de césarienne pour présentation de l'épaule pendant les années 1922-1930.

L'infection et l'hémorragie étaient les principaux accidents des suites de la césarienne classique. Le second accident est devenu plus rare, mais le premier accident, l'infection est demeurée. C'est pour lutter contre un tel état de chose qu'est née la césarienne sur le segment inférieur. Nous ne ferons pas ici l'historique de la césarienne basse ou supra-symphysaire, il est connu, ne nous y attardons pas.

Cependant, il est juste de citer les noms de Selheim, Lolzko, Markoc et Mc Pherson, et encore bien d'autres, y ont attaché leur nom.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Deux grands procédés selon que l'on incise transversalement ou longitudinalement le péritoine du segment inférieur.

La plupart des auteurs semblent se ranger à l'incision transversale. Certains, comme Hirst, Phaneuf, réservent plus spécialement l'incision verticale aux cas impurs.

Procédés de Hirst. — Procédé de Treudelenburg; l'opérateur se place à gauche. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Après ouverture, l'abdomen (on ne voit pas en général les anses intestinales); on incise le péritoine viscéral un peu au-dessus du cul de sac vésico utérin. On introduit le doigt dans la brèche, on décolle la vessie de l'utérus et on sépare aussi le péritoine du segment inférieur. On incise alors longitudinalement le péritoine sur la ligne médiane et les lèvres des deux séreuses pariétale et viscérale sont réunies par des points séparés de catgut. L'intervention est faite alors par voie extra ou sous-péritonéale. Phaneuf, au lieu de points au catgut, préfère réunir les lames séreuses avec des pinces, ce qui expose moins à la déchirure du péritoine.

On retient ensuite la vessie sous la symphyse par une valve et on incise le segment inférieur longitudinalement sur la ligne médiane. Une incision suffisamment grande pour l'extraction d'un enfant de poids normal est possible sans empiéter sur le corps utérin.

Accouchement et délivrance. — Après celle-ci une longue mèche de gaze est insérée en tampon dans la cavité utérine. On injecte un centimètre cube d'hypophyse

dans le muscle utérin, et un centimètre cube d'ergotine dans la cuisse.

L'incision utérine est suturée par des points séparés de catgut chromé n° 2 et le tampon enlevé avant de les nouer. Toilette. Plans péritonéaux réunis par un surjet au catgut chromé n° 0.

Procédé de Krœnig. — Diffère du précédent en ce que le péritoine viscéral est incisé *transversalement* au niveau de son cul-de-sac. La vessie est séparée du segment inférieur et maintenue sous la symphyse. L'incision longitudinale du segment inférieur est faite dans l'espace mis à nu par le décollement de la vessie. Un surjet au catgut rattache la lame péritonéale séparée avec la vessie, à la surface antérieure de l'utérus, de sorte que l'incision utérine est complètement recouverte par la vessie et le péritoine.

Procédé de Beck. — Se différencie du procédé de Krœnig en ce qu'une lame supérieure de péritoine viscéral est décollée après séparation de la vessie. Après la suture utérine, la lame supérieure est rabattue et fixée à l'utérus par quelques catguts séparés, recouvrant ainsi la partie supérieure de l'incision. Le lambeau inférieur tenant à la vessie est alors suturé par un surjet au catgut, de façon à recouvrir le lambeau supérieur.

TECHNIQUE DU PROFESSEUR BRINDEAU

Laparatomie médiane sous-ombilicale.

Mise en place de deux grandes compresses latérales maintenues par un écarteur de Ricard.

Ponction du péritoine du segment inférieur à un centimètre au-dessus du repli vésico-utérin.

Par cette brèche, décollement du péritoine avec le ciseau courbé, fermé en haut jusqu'à la limite de la zone décollable, en bas jusqu'au pubis.

Incision transversale du péritoine.

La vessie est maintenue vers le bas par une valve.

Incision verticale du segment inférieur.

Extraction de l'enfant.

Les lèvres de l'incision utérine sont prises par des pinces en cœur qui attirent le segment inférieur vers ou hors de l'incision pariétale.

Délivrance : autant que possible par expression.

Suture utérine en deux plans : l'un de points séparés au catgut prenant toute la tranche, sauf la muqueuse; l'autre, surjet superficiel au catgut.

Suture du lambeau péritonéal supérieur au segment inférieur par des points séparés.

Le lambeau inférieur est attiré en haut, recouvrant « en redingote » le lambeau supérieur. Suture séro-séreuse par un surjet au catgut.

La paroi abdominale est fermée en trois plans.

Pas de drainage.

Dans les cas infectés, pose d'un Mikulicz.

L'incision de la paroi abdominale. — Soit laparatomie médiane sous-ombilicale, soit incision de Pfannenstiël. Cette dernière est moins pratiquée, car elle donne un jour suffisant.

Déchirure de la vessie. — Tout à fait exceptionnelle et accidentelle. Peut-être aisément évitée. Dans un cas de Gaifami, elle semble avoir été préparée par la contu-

sion due à la tête fœtale, fait qui s'observe également au cours des accouchements spontanés.

L'incision du segment inférieur. — L'incision saigne peu. Nous attirons de nouveau l'attention sur le fait mis en valeur par M. Brindeau, que la rachianesthésie provoquant une contracture utérine marquée, l'hémorragie est réduite d'autant, elle peut être insignifiante. L'hypophyse ou l'ergotine deviennent inutiles.

Protection contre la péritonite. — Il est possible de protéger très exactement avec des compresses la cavité péritonéale et d'éviter la souillure provenant du liquide amniotique infecté. Une minutieuse protection péritonéale et le changement de gants nous mettront généralement à l'abri d'accidents de cette nature (P. Balard).

« Elle présente sur la césarienne, sur le fond ou la paroi antérieure du corps utérin, principalement l'avantage de mieux protéger la cavité péritonéale. Et dans tous les cas, la limitation avec des compresses du champ opératoire est facile et parfaite. Sont ainsi diminuées les probabilités d'une souillure; de plus, les anses intestinales et l'épiploon ne sont pas vus, alors qu'ils sont constamment exposés quand on intervient sur le corps utérin. » (Colterra.)

Il convient également de faire remarquer que « beaucoup d'accoucheurs ont le sentiment que le danger de l'infection ne résulte pas tant de la souillure de la cavité abdominale au temps de l'opération que du passage des lochies et des microbes au travers de l'incision utérine durant les suites de couches ». (Phaneuf). Et c'est évi-

demment là le danger de la césarienne corporeale qui porte sur la partie contractile de l'utérus.

Extraction de l'enfant. — Peut se faire par expression en aidant la sortie de la tête en pressant avec la main sur l'angle inférieur de la plaie. On peut l'extraire en présentation de la face après avoir fait tourner la tête en mettant un doigt dans la bouche fœtale. Enfin, on peut l'extraire par forceps (Pajot) sans aucune difficulté.

Dans certains cas, on peut faire une version. Dans tous les cas, elle doit être douce pour ne pas prolonger l'incision utérine.

Délivrance. — Par traction sur le cordon ou délivrance artificielle.

L'hystérectomie possible. — Aubert fait remarquer que si par hasard se pose l'indication d'une hystérectomie, celle-ci peut être effectuée en quelques instants, car la subtotale ou la totale est déjà amorcée par le décollement de la vessie et du lambeau péritonéal inférieur.

Les indications de la césarienne en cas de présentation de l'épaule sont très limitées.

Il est bien évident qu'il ne s'agit pas de remplacer par l'opération césarienne la version podalique toutes les fois qu'il est possible de la pratiquer.

Indication de la Césarienne dans la présentation de l'épaule

Les indications de la césarienne dans ce cas sont :

- 1° Le caractère irréductible de la présentation de l'épaule;
- 2° Chez la primipare au début du travail;
- 3° L'absence de dilatation complète;
- 4° La souffrance du fœtus;
- 5° La menace de rupture utérine (enfant vivant).

Dans les cas ainsi envisagés, l'expectation est pleine de danger.

Potocki a dit : « Faut-il attendre, pour pratiquer l'embryotomie, que l'enfant ait succombé ou que la dilatation se complète, au risque de voir l'utérus se rompre et se trouver quand même dans l'impossibilité de pratiquer la version à cause de l'engagement de l'épaule et de la rétraction de l'utérus ? »

Ajoutons que l'existence fréquente chez les femmes qui accouchent en présentation de l'épaule, d'un rétrécissement du bassin, vient encore plaider en faveur de la césarienne.

LES INCONVÉNIENTS DE LA CÉSARIENNE BASSE
TRANSPÉRITONÉALE

1° Certains auteurs trouvent son exécution beaucoup plus difficile que celle de la césarienne corporéale, surtout lorsqu'on pratique l'incision de Pfannenstiel. En réalité, l'opération transpéritonéale est aussi rapidement faite que la césarienne corporéale dans l'immense majorité des cas. La technique ne présente pas les difficultés de la césarienne extra péritonéale. Même si dans la grande majorité des cas, l'opération était plus longue que l'hystérotomie corporéale, les avantages que nous avons mis en relief suffiraient pour légitimer la technique;

2° La césarienne basse, peut-être difficile à exécuter dans les cas où le segment inférieur est peu formé, par exemple au début ou avant le travail. Dans ce cas, certains auteurs préconisent l'extension de l'incision à la partie inférieure du corps, le péritoine pouvant être attiré jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure de l'incision et couvrir la cicatrice dans sa partie corporéale;

3° L'hémorragie peut être alors assez abondante au moment de l'incision segmentaire et au moment de la fermeture de la brèche. Mais il faut se rappeler que l'hémorragie peut survenir dans l'incision corporéale. Cet accident n'appartient en propre à aucune des variétés de l'hystérotomie;

4° Les difficultés d'extraction de l'enfant et du délivre semblent avoir été exagérées. En réalité, l'enfant est en général facilement extrait, surtout si l'on veut bien fléchir la tête au maximum et tourner l'occiput premier.

Si on éprouvait une certaine difficulté, on emploierait le forceps de Pajot.

Dans le cas de siège, il est facile d'extraire l'enfant en se servant des membres inférieurs.

L'extension de la plaie au corps utérin peut être fort limitée par la présence d'un fort catgut noué solidement à l'extrémité supérieure de la plaie prenant toutes les tuniques de l'utérus;

5° Césariennes itératives peuvent présenter quelque difficulté du fait du tissu cicatriciel sous-péritonéal et de l'adhérence de la vessie au segment inférieur.

En réalité, rarement ces adhérences seront difficiles à traiter et même en mettant les conditions au pire, les accidents qui peuvent se produire seront moins graves que la possibilité d'une section de l'intestin en cas d'adhérences utéro-intestinales consécutives à une césarienne corporéale.

Nous concluons donc que la césarienne transpéritonéale n'offre que de petits inconvénients par rapport aux multiples avantages qu'elle présente. Elle atteint son but de préservation contre l'infection péritonéale.

Cependant, si parmi les inconvénients que nous avons signalés, il en est un qui soit facilement inévitable, c'est l'hémorragie assez abondante de la section du segment inférieur. Il semble que, comme l'a signalé M. Brindeau, cette hémorragie et l'hémorragie qui suit souvent la délivrance immédiate par expression soient plus importantes avec la narcose à l'éther et infiniment moindre avec la rachianesthésie. M. Jeannin l'a essayé dans un cas et a été frappé de la quantité minime de sang répandu durant l'intervention.

ACCOUCHEMENTS. — ANNÉES 1922-30

Clinique Farnier et sages-femmes agréées

	SIMPLES	DOU- BLES	TRI- PLES	AVORTE- MENTS	TOTAL Clinique Farnier	TOTAL sages femmes agréées	TOTAL dans l'année
1922	1571	19	1	39	1630	1232	2862
1923	1951	26		81	2058	940	2998
1924	2352	24		83	2459	1039	3498
1925	2021	8		68	2097	884	2983
1926	2311	20	1	74	2406	1011	3417
1927	2272	10		81	2363	926	3389
1928	2198	10	2	58	2248	1190	3438
1929	1751	19	1	57	2028	1083	3114

Nombre d'accouchements Années 1922-30 : 25.719

Observations

Observations de Césariennes dans la présentation de l'épaule

17 décembre 1927.

Mme P... Maria, I pare, 42 ans. D. R. : 27 mars.

Césarienne basse chez une femme ayant un placenta marginal diagnostiqué par le toucher et une présentation de l'épaule.

Incision médiane sous-ombilicale, ouverture de la cavité abdominale, décollement de la vessie et ouverture du segment inférieur suivant le procédé habituel. Rien d'autre à signaler.

L'extraction de l'enfant présente cependant d'assez grosses difficultés et ne peut se faire qu'à l'aide du forceps Pajot.

Poids de l'enfant : 3.800 grammes.

Délivrance par expression : le placenta adhérent s'insère sur le segment inférieur en arrière et à droite.

Fermeture du segment inférieur par points séparés. Fermeture du péritoine pelvien. Suture de la paroi en 3 plans.

Au cours de l'intervention, la femme a saigné assez abondamment. L'anesthésie a été rendue difficile par des vomissements, vraisemblablement provoqués par le repas de midi.

8 juin 1925.

Mme A. B..., III paré, 31 ans. D. R. : 20 août.

Césarienne basse pour présentation de l'épaule. Anesthésie rachidienne chez une femme obèse. L'anesthésie est normale, mais la femme s'agite beaucoup au début.

On pratique une incision sous-ombilicale, on tombe sur un utérus bicorné, le segment inférieur est très peu marqué, la vessie est élevée, le décollement du péritoine se fait facilement; celui-ci est épais et mince en haut.

Le dos du fœtus se présente à l'ouverture de la plaie utérine; on l'extraît par les pieds. Gros fœtus : 4.280 grammes.

La délivrance se fait normalement par expression, fascia peu résistant.

Suture du segment en 2 plans.

Péritonisation également en 2 plans suivant le procédé habituel.

Hémorragie nulle.

12 septembre 1926.

Mme H. L., 1^{re} paré, 28 ans.

Césarienne supra-symphysaire au début du travail, membranes intactes pour présentation irréductible de l'épaule pour malformation utérine.

Cette femme, très pusillanime, refuse l'anesthésie rachidienne; après un essai on pratique l'anesthésie générale au chloroforme.

L'opération sera facile, mais la quantité de sang perdu sera plus abondante qu'avec la rachianesthésie.

On pratique alors l'incision sous-ombilicale et l'on injecte 1 centimètre cube d'hypophyse, le segment inférieur bombe très peu, le cul-de-sac vésico-utérin est très profond.

Incision du segment; quantité assez importante de liquide amniotique.

Extraction du fœtus par le siège, criant tout de suite. Garçon pesant 3.550 grammes. On note à ce moment une grosse asymétrie faciale.

La délivrance se fait normalement par expression, l'utérus se rétracte bien, la main explore l'utérus et y trouve un épéron qui sépare les deux cornes de l'utérus.

La section du segment est descendue jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'orifice interne du col; on y aperçoit le bouchon muqueux.

Péritonisation comme l'ordinaire en 2 plans.

Fermeture en 3 plans.

30 décembre 1926.

Mme Z... Y., II pare, 32 ans. D. R. : 23 mars.

Femme non en travail, membranes intactes.

Césarienne basse très typique pour présentation de l'épaule dans un utérus malformé.

Anesthésie rachidienne, résultat parfait.

Essai de l'écarteur de Péliissier qui ne paraît pas pratique dans ce cas.

Incision sous-ombilicale; le segment inférieur n'existe plus.

La distance qui sépare le cul-de-sac vésico-utérin à la ligne de solide attache du péritoine est à peine à deux travers de doigt.

Impossibilité de péritoniser par en haut. Incision atypique; il en résulte que le tiers de l'incision sera en plein sur le corps et cependant l'extrémité inférieure de l'incision arrivera au ras de l'orifice interne.

Le segment inférieur est ici tout à fait atypique, il est épais, musculéux; l'utérus s'est rétracté d'une façon violente, même au niveau du segment. On décolle le péritoine par en bas. Incision du segment inférieur : le fœtus se présente transversalement, la tête se trouve logée dans la corne droite; on va chercher les pieds; cette extraction est facile.

La délivrance par expression se fait normalement, bien qu'un peu plus difficile qu'à l'ordinaire.

Suture du segment en 2 plans; on reporte le lambeau péritonéal vésical le plus haut possible, mais la partie supérieure de la plaie n'est pas péritonisée.

Avant de refermer, on examine l'utérus : il est bicorne. La

corne droite est la plus développée; l'utérus étant très rétracté, il est très facile de suivre la structure des fibres musculaires. Les faisceaux longitudinaux passant en avant se croisent sur le fond, les faisceaux transversaux encerclent l'utérus en lui donnant l'aspect d'un cœcum.

L'orifice interne était fermé, on y voyait le bouchon muqueux.

26 avril 1930.

Mme H... E., VI para. D. R. : 14 juin.

Césarienne itérative pour épaule. Bassin rétréci.

Sterilisation par ligature des trompes sans section suivant le procédé ordinaire.

Incision verticale, ressection de l'ancienne cicatrice; on incise sur le ligament inférieur refoulé par la vessie; vessie haut située.

Incision du segment inférieur qui est extrêmement mince; à signaler que le péritoine est difficile à décoller. Le segment inférieur est très mince, surtout dans les parties basses : demi millimètre à peine.

Extraction facile de la tête. Enfant vivant. Délivrance facile. A. F. normal.

Suture en 2 plans.

La péritonisation n'est pas possible suivant le procédé ordinaire; on est obligé de commencer par suturer le segment supérieur et ensuite de ramener le lambeau vésical. La ligne de suture a la forme d'un T renversé.

Hémorragie nulle. Rachi-anesthésie parfaite.

8 mars 1923.

Mme M... G., 36 ans, II para.

Césarienne basse chez une femme ayant une présentation de l'épaule irréductible par malformation utérine opérée aus-

sitôt après la rupture des membranes avec un fœtus souffrant.

Utérus à grand axe transversal; l'extériorisation se fait facilement. La contraction exagère la forme en cœur de l'utérus.

Incision de l'utérus sur la face antérieure en empiétant sur le fond.

Extraction d'un fœtus couvert de méconium facilement ramimé pesant 2.760 grammes.

Placenta inséré en avant; délivrance facile (hypophyse 1 centimètre cube), pesant 400 grammes.

Suture en 2 plans. Le plan profond à la soie, le plan superficiel au catgut.

Anesthésie à l'éther.

7 septembre 1924.

Mme B... M., 37 ans, III pare.

Césarienne d'urgence pour présentation de l'épaule et modification des bruits du cœur chez une III pare ayant perdu les eaux, liquide teinté, pas de dilatation. Deux enfants morts au cours de l'accouchement. Anesthésie rachidienne bonne.

Incision sus et sous-ombilicales 1/3 au-dessus, 2/3 au-dessous. Extériorisation de l'utérus qui présente un grand axe transversal très développé.

Incision de segment inférieur qui est très épais surtout à la partie la plus haute; le liquide se montre peu abondant.

Tout de suite on aperçoit un membre qui vient faire saillie au dehors. Ce membre paraissant volumineux et gênant pour la suite de l'opération, on l'attire au dehors; on pensait au premier abord avoir à faire à un membre inférieur; il s'agissait en réalité d'un bras.

La tête se trouvant logée dans la fosse iliaque droite, le siège occupe la fausse iliaque gauche et en haut l'opérateur est obligé de changer de côté.

A ce moment, la main introduite en haut et à gauche dans l'utérus arrive avec beaucoup de difficultés à saisir le pied, étant donné l'état de rétraction violente à cet instant de l'utérus. On arrive à saisir un genou, mais il est très difficile de fléchir la jambe tellement l'utérus est rétracté; enfin on arrive à extérioriser le pied et la version se produit facilement sous nos yeux. On pouvait remarquer que le bras réentrait à mesure que s'effectuait l'évolution du fœtus. Extraction facile de la tête.

La délivrance s'effectua quasi spontanément; la femme, à ce moment fut prise de vomissement; le placenta fut chassé au dehors. Terminaison de l'opération suivant le procédé habituel.

31 mars 1928.

Mme S... Elisabeth, I pare, 32 ans.

Césarienne basse pour présentation de l'épaule chez une primipare ayant un utérus cordiforme.

On pratique ici encore une rachi-anesthésie qui donne de très bons résultats. L'opérée s'est plainte, mais avec quelques bouffées d'anesthésique, tout rentre dans l'ordre; l'hémostase est parfaite.

On pratique alors une incision sous-ombilicale, le segment inférieur apparaît; il est très peu formé : la tête est très mobile; l'utérus de ce fait a une forme très curieuse : il s'évase brusquement au niveau du corps; l'utérus présente son grand axe transversalement.

Décollement du péritoine qui se trouve doublé d'un fascia épais. On le décolle cependant. Incision du segment inférieur très épais, d'une épaisseur sensiblement aussi grande que celle du corps et cependant la section descend très près du col, à un petit travers de doigt environ. La tête est très mobile; on va chercher la bouche et on l'amène à la plaie, et finalement, s'aidant de l'expression, on arrive à extraire un

enfant assez facilement. Poids : 3.320 grammes. La délivrance se fit par expression. Insertion vélamenteuse du placenta. Poids du placenta : 670 grammes.

19 juillet, 1928.

Mme Z... Yvonne, III pare, 30 ans.

Césarienne itérative et conservatrice pour présentation de l'épaule.

A l'ouverture de l'abdomen on constate qu'il existe une large zone d'adhérences entre le péritoine pariétal et le péritoine utérin. On décolle les adhérences et on tombe alors en péritoine libre.

A la partie inférieure il est impossible de décoller la vessie péritonéal; dans ces conditions on arrive sur le segment inférieur. On incise celui-ci : on reconnaît aussitôt l'ancienne cicatrice du segment inférieur, bien qu'à la section on ne note aucune diminution d'épaisseur du muscle utérin.

On procède alors à l'extraction d'un enfant du sexe masculin criant après des obstructions de ses voies aériennes, pesant 3.300 grammes.

Délivrance par expression. A. F. pesant 530 grammes.

Suture du segment inférieur suivant le mode habituel, la partie supérieure de l'incision montant sur le corps de l'utérus.

La péritonisation est difficile : on est obligé de prendre des lambeaux péritonéaux situés sur le côté de l'utérus et de les ramener sur la suture utérine.

Encore fort heureusement qu'il existe du côté gauche un lambeau péritonéal qui permet de recouvrir entièrement la suture utérine.

Ligature et section des trompes.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

La fermeture du péritoine étant très difficile au niveau de

la partie inférieure de l'incision, surjet au catgut sur les aponévroses. Crins sur la peau.

26 juin 1939.

Mme B... Louise, 1^{er} paré de 28 ans. D. R. : 10 septembre.

Césarienne basse suivie d'hystérectomie. (Bassin asymétrique.)

Incision sous-ombilicale. Adhérences multiples de la face antérieure de l'utérus à la paroi. Libération pénible de ces adhérences. Hémorragie assez abondante.

On fait un décollement du péritoine comme pour une césarienne sur le S. I.

La vessie est difficilement abaissée en raison des adhérences du péritoine vésical.

Néanmoins on arrive à faire une incision du S. I. de l'utérus. L'enfant se présente par l'épaule gauche; on se rend compte, étant donné la tension de l'utérus, qu'il sera impossible d'extérioriser en tête première.

On agrandit l'incision utérine par le haut et l'enfant est extrait par version podalique.

Enfant vivant du sexe masculin pesant 3.820 grammes. A. F. : 600 grammes.

La femme ayant été touchée plusieurs fois, l'incision utérine ayant dû être agrandie, une quantité importante de sang ayant été répandue dans le ventre, la tête a été en rapport avec la vulve pendant trois heures, est donc venue souiller au cours de l'intervention la zone opératoire. L'utérus étant en mauvais état, on décide de terminer par une hystérectomie pour plus de sûreté.

Hystérectomie. Fermeture et enfouissement du col. Anesthésie au chloroforme.

22 juin 1929.

Mme M... Albertine, 27 ans, I pare. D. R. : 21 octobre.

Césarienne basse pour présentation de l'épaule irréductible chez une primipare ayant une malformation utérine.

Incision sous-ombilicale; on trouve une tête du fœtus très élevé logée dans une corne, le siège dans l'autre. Le segment inférieur a une très faible amplitude, mais il est très facile à décoller.

Incision du segment inférieur qui est très épais, environ 1 cm. 5. C'est l'avant-bras qui se présente à la plaie; les pieds se trouvent dans la corne gauche; l'aide va chercher ces pieds; cette manœuvre se trouve tout particulièrement difficile et délicate, car, sous l'influence de la rachi-anesthésie pratiquée chez notre opérée, l'utérus se contracte fortement.

On procède à l'extraction d'un garçon vivant pesant 2.450 grammes.

A noter que pendant tout le temps qu'a duré l'opération, l'hémorragie a été absolument nulle.

Délivrance par expression. A. F. pesant 400 grammes.

Fermeture du segment inférieur et péritonisation comme à l'ordinaire.

21 juillet 1929.

Mme T... Marguerite, 24 ans, I pare. D. R. : 10 octobre.

Césarienne pour position transversale chez une primipare en travail avec une dilatation de 2 francs. A l'inspection et à la palpation on trouve un utérus cordiforme.

Au toucher on sent une petite partie fœtale qui est probablement une main.

Les membranes sont intactes.

On fait une incision sous-ombilicale, on décolle le péritoine très facilement, surtout à la partie inférieure. Aussitôt le segment inférieur incisé on trouve immédiatement le bras gauche du fœtus. La tête est logée dans la corne droite, le

siège très élevé se trouve dans la corne gauche; on est obligé d'introduire la main au fond de l'utérus pour saisir un pied; l'extraction est très pénible. Toutes ces manœuvres sont rendues difficiles par suite des contractions ou plus exactement de la rétraction utérine due à la rachi-anesthésie.

On extrait un foetus du sexe féminin pesant 3.680 grammes. On constate aussi qu'il existe une brièveté du cordon qui mesure 40 centimètres au maximum. Suture du segment inférieur à l'aide de points séparés. L'extrémité supérieure de l'incision est irrégulière par suite de la difficulté que l'on a eu à sortir l'enfant, ce qui a provoqué une légère déchirure.

La péritonisation est assez facile; cependant du côté droit on est obligé de placer plusieurs points hémostatiques en u à cause de l'hémorragie abondante. L'utérus cependant se rétracte bien, les deux cornes restent bien séparées par le faisceau de Calza qui, à la façon d'une bretelle, les délimite.

La fermeture de la paroi se fait suivant la technique habituelle. On avait pratiqué une rachi-anesthésie.

21 février 1929.

Mme L... Jeanne, I pare, 31 ans. D. R. : 18 avril.

Césarienne pour présentation de l'épaule et malformation utérine chez une primipare dont les membranes sont encore intactes, avec col perméable au doigt; le foetus se trouve au-dessus du détroit supérieur, en position nettement transversale.

On pratique ici une rachi-anesthésie qui donne toute satisfaction au cours de l'intervention. La femme ne se plaint que de la position inclinée. La rétraction utérine est parfaite.

On fait une incision sous-ombilicale. Le segment apparaît aussitôt, le décollement du péritoine est très difficile par en haut, plus facile par en bas.

Observations de versions pour présentation de l'épaule

Année 1922. — Obs. n° 1098.

Mme C... M., 25 ans, V pare.

Version par manœuvres internes sur épaule en A. I. G.
Dorso antérieure. Grossesse gemellaire.

Année 1923. — Obs. n° 345.

Mme D... M., 32 ans, II pare.

Version par manœuvres internes sur épaule, abaissement
d'un pied, intervention longue et pénible.

Obs. n° 483.

Mme P... C., II pare, 29 ans.

Version par manœuvres internes sur épaule droite dorso-
lombaire sur le deuxième fœtus, extraction d'un garçon vi-
vant. Grossesse gemellaire.

Année 1923. — Obs. n° 66.

Mme H... J., 31 ans, III pare.

Version par manœuvres internes pour procidence du cor-
don et d'une main; perforation de la tête dernière.

Année 1923.

Mme S... Y., 21 ans, I pare. D. R. : 23 juin.

Accouchement naturel à terme, grossesse gemellaire ni-
vitellerie.

1^{er} jumeau : Forceps sur sommet. Dégagement en O. P.

Garçon vivant pesant 2.140.

2^e jumeau : Version pour amener le siège, celui-ci en présentation de l'épaule, dégagement en S. T.

Garçon vivant pesant 2.120.

Délivrance naturelle et complète pesant 740 grammes. Cette femme présente un rétrécissement mitral.

Année 1923.

Mme C... L., 37 ans, II pare.

Accouchement artificiel au terme de 8 mois, à dilatation complète. Dilacération du placenta et passage au travers

Version laborieuse par manœuvres internes sur présentation de l'épaule gauche dorso antérieure. Extraction pénible d'un garçon qui n'a pu être ranimé, pesant 2.250 grammes.

Délivrance naturelle déchiquetée pesant 280 grammes.

Révision utérine, glace sur le ventre.

Année 1923. — 3 avril.

Mme H... V., 42 ans, IV pare.

Accouchement artificiel à terme.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule en A. I. G. dorso antérieure.

Extraction d'une fille qui a crié de suite, pesant 4.000 grammes.

Délivrance artificielle complète pesant 730 grammes.

Anesthésie au chloroforme.

Injection intra-utérine iodée.

Année 1923, 26 mai. — Obs. n° 924.

Mme K... L., 23 ans, II pare.

Accouchement à terme. Présentation de l'épaule gauche en dorso-antérieure. Abaissement du pied.

Garçon qui respire aussitôt, pesant 3.060 gram.
Délivrance naturelle et complète pesant 440 grammes.

Année 1923, 12 juillet. — Obs. n° 1229.

Mme G... M., 30 ans, I pare.

Accouchement gemellaire d'une femme venant de la ville ayant déjà expulsé un fœtus de sexe masculin pesant 1.400 grammes.

L'extraction du fœtus est pratiquée à la clinique Tarnier.

Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes, extraction d'un garçon vivant pesant 2.260 grammes.

Délivrance artificielle. Rétention du placenta dans la corne droite de l'utérus.

Révision utérine. Placenta pesant 660 grammes.

Injection intra-utérine 1 centimètre cube d'hypophyse

Année 1923, 3 août. — Obs. n° 1372.

Mme L... A., 24 ans, I pare.

Grossesse gémellaire près du terme.

1^{er} jumeau : Sommet en D. P.; dégagement en O. P. Garçon vivant pesant 2.700 grammes.

Après la naissance du premier jumeau, une deuxième tête se présente au niveau du détroit supérieur; après la rupture des membranes, cette tête fuit dans la fosse iliaque droite.

Version par manœuvres internes pour présentation transversale en A. I. D. dorso antérieure, soit épaule gauche.

Extraction facile d'un garçon vivant pesant 1.820 grammes.

Délivrance naturelle et complète pesant 620 grammes.

Grossesse bi-vitelline.

Anesthésie au chloroforme. Glace sur le ventre.

Année 1923, 3 août. — Obs. n° 1375.

Mme P... F., 32 ans, II pare.

Accouchement artificiel à terme.

Présentation transversale.

Dorso-antérieure en A. I. D.

Version interne à dilatation complète au moment de la rupture des membranes.

Version assez difficile. Extraction facile.

Au moment où l'on extrait le tronc, on s'aperçoit qu'un spina-bifida siège au niveau de la région lombo-sacrée.

Perforation de la tête dernière à l'aide du perforateur de Blot.

Extraction d'un enfant pesant, sans matière cérébrale, 3.460 grammes.

Délivrance artificielle. Poids : 580 grammes.

Révision utérine. Anesthésie au chloroforme.

Année 1923. — 25 août.

Mme P... J., 26 ans, II pare, D. R. : 25 décembre.

Grossesse de 8 mois.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule droite en A. I. D. P. Sous-anesthésie au chloroforme.

Enfant du sexe masculin mort et macéré pesant 2.540 grammes.

Délivrance naturelle complète pesant 520 grammes.

Injection utérine iodée. Glace sur le ventre.

Année 1923. — 2 septembre.

Mme P... L., 24 ans, II pare, D. R. : 30 novembre au 4 décembre.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule gauche dans un utérus cordiforme.

Extraction d'un garçon vivant pesant 3.060 grammes.

Délivrance artificielle pesant 580 grammes.

Révision utérine.

Injection intra-utérine iodée. Périnée cicatricel 3 crms.

Glace sur le ventre. Hypophyse 1 centimètre cube.

Année 1924, 27 juin. — Obs. n° 1400.

Mme F... G., II pare, 34 ans. D. R. ; 1^{er} octobre.

Accouchement spontané en conduplicato-corporé d'un enfant du sexe féminin mort et macéré pesant 1.720 grammes.

Délivrance spontanée complète pesant 300 grammes.

Glace sur le ventre. Injection d'hypophyse 1 centimètre cube.

Année 1924, 23 septembre. — Obs. n° 2147.

Mme P... J., 27 ans, III pare. D. R. ; 14 décembre.

Version par manœuvres internes sur un fœtus en transverse.

Membranes rompues depuis 58 heures.

Extraction d'un enfant vivant du sexe féminin pesant 980 grammes.

Délivrance naturelle pesant 560 grammes.

Année 1924, 4 octobre. — Obs. n° 2230.

Mme B... T., 27 ans, II pare.

Accouchement artificiel au terme de 7 mois 1/2 environ.

Version podalique par manœuvres internes pour présentation de l'épaule droite en dorso postérieure.

Extraction d'une fille née étonnée pesant 2.060 grammes.

Délivrance naturelle et complète pesant 420 grammes.

Année 1924, 1^{er} décembre. — Obs. n° 2621.

Mme P... V., 30 ans, III pare. D. R. ; 1^{er} mars.

Accouchement naturel à terme. Grossesse gemellaire bi-vitelline.

Sommet en O. I. G. A. Dégagement en O. P. Fille vivante pesant 2.970 grammes.

Version par manœuvres internes sur position transversale du 2^e fœtus. Extraction du siège. Fille vivante pesant 3.160 grammes.

Délivrance naturelle paraissant complète (membranes largement déchirées) pesant 1.120 grammes

Hypophyse. Anesthésie au chloroforme.

Année 1924, 11 décembre. — Obs. n° 2696.

Mme D... A., 39 ans, III pare, D. R. : 17 février.

Accouchement artificiel à terme.

Présentation de l'épaule engagée.

Dilatation complète, absence des bruits du cœur. Proci-
dence du cordon. Embryotomie. Extraction du fœtus et de
la tête dernière. Garçon pesant 3.850 grammes.

Délivrance naturelle complète pesant 670 grammes.

Injection intra-utérine iodée. Anesthésie au chloroforme.

Année 1925, 10 février. — Obs. n° 267.

Mme J... M., 32 ans, VI pare.

Accouchement artificiel au terme de 6 mois environ.

Embryotomie rachidienne pour présentation de l'épaule né-
gligée.

Dilatation grande paume. Température à 38°5.

Extraction facile d'un fœtus présentant une macération
avancée et une ascite importante (sexe masculin) pesant 1.200
grammes.

Délivrance artificielle ramenant un énorme placenta pesant
1.300 grammes.

Pendant l'extraction, la femme n'a pas perdu au-dessus de

la normale. Grosse intoxication due à l'albumine (1 gr. 50).

Huile camphrée. Sérum sous-cutané.

Femme décédée à 22 heures.

Année 1925, 21 mars. — Obs. n° 518.

Mme E... J., 19 ans, II pare. D. R. : 11 mai.

Présentation transversale en A. I. D. A.

Extraction d'un enfant vivant du sexe masculin pesant 3.230 grammes.

Délivrance spontanée et complète pesant 650 grammes.

Année 1925, 14 avril. — Obs. n° 709.

Mme D... G., II pare, 21 ans. D. R. : 21 août.

Accouchement naturel gémellaire. Grossesse bi-vitelline au terme de 7 mois environ.

1^{er} jumeau : Sommet en O. I. G. A. Dégagement en O. P. Fille vivante pesant 1.260 grammes.

2^e jumeau : Version pour présentation transversale, extraction d'une fille vivante pesant 1.280 grammes.

Délivrance naturelle et complète.

Poids de l'arrière-faix : 670 grammes.

Année 1925, mai. — Obs. n° 913.

Mme V... L., 23 ans, I pare. D. R. : 5 octobre.

Accouchement naturel au terme de 7 mois 1/2 environ.

Grossesse gémellaire.

Sommet en O. I. D. P. Dégagement en O. S.

1^{re} fille vivante pesant 2.090 grammes.

2^e fœtus en présentation de l'épaule droite en dorso antérieure. Procidence du cordon.

Version et grande extraction d'une fille vivante pesant 1.080 grammes.

Délivrance naturelle et complète pesant 930 grammes.

Anesthésie au chloroforme.

Année 1925, 1^{er} juin. — Obs. n° 1012.

Mme G... E., 35 ans, II parè. D. R. : 8 août.

Présentation de l'épaule gauche en dorso postérieure.

Pose d'un ballon de Champetier de Ribes.

Version par manœuvres internes.

Extraction en S. T. d'une fille vivante pesant 4.290 grammes.

Délivrance naturelle. Membranes déchirées.

Arrière-faix pesant 650 grammes.

Anesthésie au chloroforme : 50 centimètres cubes d'huile camphrée, 1 centimètre cube d'ergotine.

Année 1925, 5 juin. — Obs. n° 1043.

Mme B... V., 33 ans, III parè. D. R. : 12 septembre.

Accouchement au terme de 8 mois 1/2. Grossesse gémellaire.

1^o Version par manœuvres internes pour position trans-
versale. Extraction d'un garçon vivant en S. I. D. P. Déga-
gement en S. T.

1^{er} jumeau pesant 2.470 grammes.

2^o Version du 2^e jumeau et extraction d'un garçon vivant
pesant 2.480 grammes.

Anesthésie au chloroforme.

Délivrance naturelle complète.

Arrière-faix pesant 620 grammes.

Année 1925, décembre. — Obs. n° 2229.

Mme C... L., 30 ans, II parè. D. R. : 23 mars.

Utérus bicorne, fœtus en transverse pendant la grossesse.

Version spontanée au début du travail.

Accouchement naturel à terme.

Sommet en G. A. Dégagement en O. P.

Fille vivante pesant 3.750 grammes.

Délivrance naturelle complète pesant 550 grammes.

Année 1926, 28 janvier. — Obs. n° 153.

Mme X... Y., III pare.

Femme ramenée de la ville pour grossesse gémellaire avec présentation de l'épaule pour le deuxième fœtus.

1^{er} fœtus : En sommet, fille vivante pesant 3.400 grammes.

2^e fœtus : Epaule droite en D. A.

Version podalique par manœuvres internes.

Garçon vivant pesant 3.600 grammes.

Délivrance naturelle et complète pesant 1.520 grammes.

Année 1926, janvier. — Obs. n° 229.

Mme R... F., 37 ans, V pare. D. R. : 6 avril.

Accouchement artificiel à terme pour procidence du cordon et présentation de l'épaule.

Version podalique après rupture de la poche des eaux.

Utérus bicorne.

Extraction par le siège. Difficulté d'extraction de la tête dernière. Naissance d'un garçon en état de mort apparente ranimé après une heure d'effort. Poids de l'enfant : 3.170 grammes.

Délivrance naturelle et complète.

Arrière faix pesant 550 grammes.

Périnée 1 crin.

Année 1926, 8 mars. — Obs. n° 457.

Mme G... C., 23 ans, I pare. D. R. : 30 mai.

Accouchement artificiel à terme pour présentation de l'épaule droite dans un bassin généralement rétréci.

Version podalique.

Extraction d'un garçon né en état de mort apparente.

Enfant n'ayant pu être ranimé pesant 3.050 grammes.

Délivrance immédiate naturelle et complète pesant 540 grammes.

Année 1926, 26 juin. — Obs. n° 1296.

Mme C... M., 18 ans, I pare, D. R. : 25 novembre.

Version pour procidence du cordon. Bruits du cœur modifiés.

Hydramnios 2 litres environ.

Fœtus petit en A. I. G. T.

Garçon né en état syncopal n'ayant pu être ranimé, même après injection d'adrénaline intra-cardiaque, éther et huile camphrée.

Poids de l'enfant : 2.200 grammes.

Délivrance naturelle, mais on remarque un cotylédon déchiqueté paraissant complet; les membranes sont déchirées.

Poids de l'arrière-faix : 420 grammes.

Année 1926, décembre. — Obs. n° 2448.

Mme G... C., 26 ans, I pare.

Embryotomie pour présentation de l'épaule sur un fœtus mort.

Membranes rompues depuis six jours.

Grossesse de 7 mois environ.

Poids du fœtus : 1.350 grammes.

Année 1926, décembre. Obs. n° 2517.

Mme A... M., 33 ans, III pare.

Version par manœuvres internes sur une présentation transversale.

Insertion basse du placenta.

Poids du fœtus : 1.870 grammes.

Année 1927, avril. — Obs. n° 689.

Mme H... E., 37 ans, IX pare.

Version pour procidence d'un bras et du cordon. Grossesse bi-vitelline.

Extraction d'une fille vivante pesant 3.130 grammes.

Accouchement naturel du 2^e jumeau.

Dégagement en fronto-pubienne.

Garçon vivant pesant 3.220 grammes.

Délivrance naturelle et complète pesant 1.210 grammes.

Année 1927, mai. — Obs. n° 964.

Mme M... Y., 27 ans, II pare. D. R. : 26 avril.

Accouchement artificiel à terme.

Version pour présentation de l'épaule à la dilatation complète pour modification des bruits du cœur.

Extraction d'un enfant qui ne peut être ranimé pesant 2.700 grammes.

Délivrance artificielle immédiate.

Arrière-faix complet pesant 470 grammes.

Hypophyse 1 cc. Injection intra-utérine iodée.

Année 1927, juin. — Obs. n° 1083.

Mme B..., II pare.

Hystérectomie pour fibrome chez une femme en travail depuis 48 heures.

Fœtus de 6 mois mort. Présentation de l'épaule.

Anesthésie au chloroforme.

Année 1927, juin. — Obs. n° 1223.

Mme S... C., 33 ans, I pare. D. R. : 10 septembre.

Accouchement gémellaire bi-vitellin.

Abaissement prophylactique du pied droit pour proéminence du cordon.

Extraction du 1^{er} jumeau en S. T. Garçon macéré fétide pesant 2.850 grammes.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule chez le 2^e jumeau.

Extraction d'une fille vivante pesant 2.900 grammes.

Délivrance naturelle complète.

Arrière-faix pesant 910 grammes.

Injection intra-utérine iodo-iodurée.

Deux placenta distincts. Première insertion en raquette.

Perinée 2 crins.

Année 1927, juin. — Obs. n° 1225.

Mme H... G., III pare. D. R. : 30 septembre.

Accouchement artificiel. Version pour présentation haute de l'épaule.

Abaissement des deux pieds, tête dernière.

Délivrance naturelle complète, poids : 670 grammes.

Garçon vivant pesant 3.300 grammes.

Anesthésie au Schleich.

Année 1927, juillet. — Obs. n° 1303.

Mme L... O., 21 ans, II pare. D. R. : 16 septembre.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule gauche, dos en avant, suivie d'extraction lente.

Manœuvres de Champetier de Ribes sur la tête dernière.

Extraction d'un garçon vivant pesant 2.900 grammes.

Délivrance naturelle complète pesant 350 grammes.

Anesthésie au chloroforme.

Année 1927, août. — Obs. n° 1594.

Mme S... G., 25 ans, II pare.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule gauche en dorso postérieure.

Présentation de l'épaule au moment de la rupture des membranes. Excès de liquide.

Extraction d'une fille vivante pesant 2.600 grammes.

Année 1927, 4 septembre. — Obs. n° 1765.

Mme L... Y., 22 ans, II pare. D. R. : 1^{er} décembre.

Accouchement artificiel au terme de 8 mois. Dilatation complète, membranes intactes.

Version pour présentation de l'épaule.

Garçon vivant pesant 1.800 grammes.

Délivrance naturelle complète.

Arrière-faix pesant 450 grammes.

Année 1927, octobre. — Obs. n° 2003.

Mme F... J., III pare. D. R. : 14 juin.

Accouchement artificiel à terme.

Version par manœuvres internes pour procidence du cordon et présentation de l'épaule.

Extraction par le siège d'une fille vivante pesant 4.390 grammes.

Délivrance artificielle immédiate.

Révision utérine.

Poids de l'arrière-faix : 800 grammes.

Périnée 1 point en V; sur le sphincter 3 crins.

Anesthésie au chloroforme.

Année 1927, octobre. — Obs. n° 2047.

Mme S... H., 33 ans, III pare.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule droite avec procidence de la main gauche.

Extraction d'un enfant vivant pesant 2.530 grammes.

Année 1928, janvier. — Obs. n° 99.

Mme P... L., II pare, 20 ans. D. R. : 30 mars.

Accouchement artificiel à terme.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule. Extraction d'un garçon vivant pesant 3.380 grammes.

Délivrance naturelle complète.

Arrière-faix pesant 570 grammes.

Anesthésie au chloroforme.

Année 1928, 7 mars. — Obs. n° 496.

Mme R... R., 24 ans, I pare. D. R. : 28 mai.

Accouchement artificiel à terme.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule; membranes rompues; col perméable.

Abaissement d'un pied après dilatation manuelle.

Extraction du siège à dilatation presque complète pour modification des bruits du cœur.

Fille ayant eu quelques battements cardiaques, mais n'ayant pu être ranimée, pesant 2.850 grammes.

Délivrance naturelle complète.

Poids de l'arrière-faix : 620 grammes.

Année 1928, juin. — Obs. n° 1054.

Mme V... M., 25 ans, III pare. D. R. : 27 août.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule à dilatation complète, les membranes étant intactes.

Extraction d'un garçon né étonné pesant 3.350 grammes.

celui-ci présentant une masse molle et un léger enfoncement au niveau de son temporal droit.

Année 1928, août. — Obs. n° 1461.

Mme V... L., 36 ans, III pare. D. R. : 14 octobre.

Version par manœuvres internes à la dilatation de grande paume, pour présentation transversale et souffrance fœtale.

Extraction d'un enfant du sexe féminin n'ayant pu être ranimé et pesant 2.740 grammes.

Après délivrance naturelle, membranes déchirées incomplètes. Poids de l'arrière-faix : 450 grammes.

Année 1928, août. — Obs. n° 1513.

Mme L... M., 31 ans, I pare. D. R. : 30 octobre, à terme.

Version podalique pour présentation de l'épaule.

Extraction d'un garçon criant après désobstruction des voies respiratoires, pesant 3.700 grammes.

Délivrance naturelle. Membranes déchirées incomplètes.

Poids de l'arrière-faix : 850 grammes.

Année 1928. — Obs. n° 2093.

Mme A., T., 42 ans, V pare.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule gauche après dilatation manuelle sous chloroforme chez une femme en travail depuis dix heures; les membranes sont rompues depuis douze heures.

Le liquide est teinté, les bruits du cœur sont irréguliers.

Extraction d'un garçon n'ayant pu être ranimé, pesant 3.500 grammes.

Adrénaline intra-cardiaque. Hypophyse. Injection intra-utérine iodo-iodurée.

Délivrance naturelle complète, membranes déchirées.

Arrière-faix pesant 690 grammes.

Périnée 3 crins. Anesthésie au chloroforme.

Année 1928, octobre. — Obs. n° 2112.

Mme S... A., 28 ans, II pare. D. R. : 12 janvier.

Accouchement artificiel à terme.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule avec un col à dilatation de 50 centimètres.

Dilatation manuelle facile.

Extraction facile d'une fille criant après désobstruction des voies aériennes, pesant 3.630 grammes.

Délivrance artificielle.

Poids de l'arrière-faix : 520 grammes.

Année 1928, 21 novembre. — Obs. n° 2261.

Mme A... M., 39 ans, VII pare. D. R. : 9 août.

Version par manœuvres internes sur une présentation de l'épaule en D. A.; révision, rupture utérine.

Hystérectomie consécutive.

Extraction d'un enfant vivant du sexe masculin.

Année 1929, avril. — Obs. n° 670.

Mme B... A., 25 ans, II pare. D. R. : 18 juillet.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule, suivie d'extraction immédiate.

Extraction d'une fille ranimée après dix minutes de soins, pesant 2.830 grammes.

Délivrance artificielle pour hémorragie.

Arrière-faix pesant 450 grammes.

Hémorragie de la délivrance. Injection de 20 centimètres cubes d'huile camphrée et hypophyse 1 centimètre cube.

Année 1929, juin. — Obs. n° 964.

Mme L... S., 25 ans, II pare. D. R. : 5 septembre.

Version par manœuvres internes pour position transverse.

Extraction d'une fille pesant 2.700 grammes.

Délivrance artificielle complète pesant 550 grammes.

Année 1929, juin. — Obs. n° 1150.

Mme C... A., 23 ans, II pare. D. R. : 30 décembre.

Accouchement naturel au terme de 6 mois.

Présentation de l'épaule, évolution spontanée.

Fille mort-née pesant 950 grammes.

Délivrance naturelle complète.

Arrière-faix pesant 280 grammes.

Année 1928, novembre. — Obs. n° 2228.

Mme M... R., 25 ans, IV pare. D. R. : 14 février.

Accouchement naturel à terme.

Version podalique pour présentation de l'épaule dans un bassin aplati.

Extraction d'un garçon vivant pesant 3.200 grammes.

Délivrance naturelle complète.

Arrière-faix pesant 540 grammes.

Episiotomie 2 crins.

Excès de liquide. Albumine.

Année 1929. — Obs. n° 300.

Mme M... B., 28 ans, II pare. D. R. : 15 mai.

Grossesse gémellaire uni-vitelline.

1^{er} jumeau : Présentation par le sommet, garçon vivant pesant 3.800 grammes.

2^e jumeau : En transverse.

Tentatives d'embryotomie rachidienne; évolution spontanée.

Délivrance complète et naturelle pesant 1.400 grammes.

Injection iode-iodurée intra-utérine.

Périnée intact.

Année 1929. — Obs. n° 523.

Mme B... J., 30 ans, V par. D. R. : 15 janvier.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule à dilatation complète. Membranes intactes.

Extraction d'un garçon vivant pesant 2.750 grammes.

Délivrance naturelle complète.

Arrière-faix pesant 520 grammes.

Anesthésie au chloroforme.

Année 1929, 26 octobre. — Obs. n° 1876.

Mme D... Y., 38 ans, V par. D. R. : 15 janvier.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule chez une femme venant de la ville.

Membranes rompues depuis dix heures. Température 38°5.

Bruits du cœur bons. Pulsations : 160.

Extraction d'une fille vivante pesant 3.520 grammes.

Délivrance naturelle complète pesant 600 grammes.

Année 1930, février. — Obs. n° 388.

Mme L... I., 24 ans, III par. D. R. : 6 mai.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule en position droite postérieure.

Membranes intactes.

Extraction d'une fille vivante pesant 2.800 grammes.

Délivrance naturelle et complète.

Arrière-faix pesant 430 grammes.

Année 1930, février. — Obs. n° 389.

Mme G... B., 20 ans, II pare.

Version par manœuvres internes pour présentation oblique, tête profondément descendue dans la fosse iliaque gauche.

Extraction d'un enfant vivant du sexe masculin.

Délivrance naturelle et complète.

Année 1930, février. — Obs. n° 571.

Mme A... M., 33 ans, III pare.

Accouchement artificiel à terme. Version podalique. Hémorragie incoercible.

Version podalique pour présentation de l'épaule s'effectuant relativement facilement.

Extraction d'une fille vivante pesant 3.000 grammes.

Délivrance artificielle suivie de révision utérine ne révélant aucune solution de continuité.

Anrière-faix pesant 550 grammes.

Perte de sang assez abondante; on fait 1 centimètre cube d'hypophyse, 1 centimètre cube d'ergotine.

Malgré la rétraction de l'utérus, l'hémorragie continue encore plus forte. On injecte alors 500 centimètres cubes de sérum de Ringer intra-veineux, 1 centimètre cube de spartéine, 1 centimètre cube de caféine et 1 centimètre cube d'adrénaline.

On fait une seconde révision utérine; pose de fils sur le segment inférieur; on pratique alors un tamponnement.

Nouvelle injection de sérum intra-veineux.

Transfusion de sang de 200 centimètres cubes.

Pose de grosses pinces de Museux.

Injection de 20 centimètres cubes de solucamphre intra-veineux.

10 centimètres cubes d'huile camphrée.

500 centimètres cubes de sérum physiologique sous-cutané.

Adrénaline intra-cardiaque (2 cm³ × 2).

Malgré tout, l'hémorragie continue plus menaçante.

Nouveau tamponnement bientôt traversé par le sang.

Injection intra-cardiaque de 200 centimètres cubes de sérum.

Inhalation d'oxygène (sous pression).

Respiration artificielle.

La femme succombe à 23 h. 35.

Année 1930, 28 mai. — Obs. n° 934.

Mme B... Y., VI pare. D. R. : 11 août.

Accouchement naturel à terme.

Grossesse gémellaire bi-vitelline.

1^{er} jumeau : Accouchement par le sommet en O. I. G. A.;
dégagement en O. P.

Extraction d'un garçon vivant pesant 3.470 grammes.

2^e jumeau : Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule.

Extraction d'un garçon vivant pesant 3.750 grammes.

Délivrance artificielle.

Poids de l'arrière-faix : 1.350 grammes.

Conclusions

Statistique des accouchements pour présentation de l'épaule à la clinique Tarnier

Nombre de présentations de l'épaule : 73.

Césariennes : 13.

Mortalité maternelle : 0 %.

Mortalité fœtale : 0 %.

Versions : 60.

Mortalité maternelle : 3,5 %.

Mortalité fœtale : 28 %.

Primipare mère : 0 %; enfants : 8 %.

Multipare mère : 3,5 %; enfants : 20 %.

Si l'on étudie les statistiques de la clinique Tarnier, on voit que dans ces huit dernières années, deux modes d'accouchement ont été plus particulièrement pratiqués dans la présentation de l'épaule à terme :

La césarienne chez la primipare;

La version chez les multipares.

Il semble, quand on compare les résultats obtenus, que ce soient là actuellement les procédés dont on peut tirer

les meilleurs avantages comme on le constate en comparant les chiffres trouvés à ceux parus dans les publications antérieures.

La césarienne supra-symphysaire entre sans doute pour une grande part dans ces résultats favorables dans les cas les plus difficiles.

Mais surtout, le fait que les femmes sont mieux surveillées actuellement, explique que l'on rencontre moins de mauvais cas qu'autrefois.

Vu, le Doyen, A. BRINDEAU. Vu, le Président,

ROGER. A. BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLETY.

Bibliographie

AUBERT (L.). — L'opération césarienne transpéritonéale sur le segment inférieur. — *Revue française de gynécologie de langue française*, 1921; *Gynécologie et Obstétrique*, tome IV, n° 5, page 506.

AUDEBERT et FOURNIER. — Réflexions sur une série d'opérations césariennes : trois conservatrices, cinq mutilatrices. — *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1923, page 497.

— Un cas de césarienne tardive. — *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1908.

BAR. — Thèse d'agrégation, 1886.

BARTHOLOMEW (P.-A.). — La prophylaxie de la péritonite dans un cas d'infection consécutive à une opération césarienne extrapéritonéale. — *Méd. Records.*, vol. XCVII, n° 26, juin 1920, page 193.

BALARD (P.). — Sur trois cas de césarienne supra-symphysaire. — *Soc. d'obst. et gyn. Bordeaux*, novembre 1923.

BECK (A.-C.). — Observations sur une série d'opérations césariennes pratiquées dans les six dernières années au Long Island College Hospital. — *American journal of obst. and diseases of wom. and child.*, février 1919.

— The two flap low incision cesarean section. — *Surgery gyn. and. obst.*, 1921, XXXIII.

BRINDEAU. — Quelques réflexions à propos de la césarienne sus-pubienne. — *Soc. d'obst. et gyn. Paris*, 1922, n° 2.

COUVELAIRE. — La pratique de l'art des accouchements. — *Bull. Société obst. et gyn. Paris*, février 1925 : Indications de l'opération césarienne.

DESIOUBRY. — Thèse de Paris, 1925.

DOLÉRIS. — De l'opération césarienne. — Rapport au Congrès de Saint-Petersbourg, sept. 1910, dans la *Gynécologie*, février 1911.

DUMAS. — Thèse de Paris, 1857.

ENGELHARD. — Thèse de Paris, 1926.

FABRE. — Césarienne vaginale pour décollement placentaire. — *Lyon Méd.*, octobre 1906.

FARABEUF et VARNIER. — Version par man. int. — *Journal méd. et chir.*, 1891.

HERGOTT. — Essai sur différentes formes de la matrice. — Thèse d'agr.

JEANNIN (Cyrille). — Comment convient-il de poser actuellement les indications de l'opération césarienne conservatrice. — *Progrès Médical*, 17 décembre 1910.

— Les méthodes atypiques de césarienne. — Rapport à la Société obstétricale de France, 1909.

LACHAPELLE. — Traité d'acc., 1825.

LE LORIER. — Dix-neuf observations de césariennes tardives. — *L'Obstétrique*, 1911.

MARASSI (J.). — Thèse de Paris, 1925.

MULLER. — Dystocias fœtales.

NAEGELÉ. — Art. des acc., 1839.

PAJOT. — Art acc. — *Dictionn. encycl. des sciences méd.*, 1861.

PINARD. — Thèse d'agrég., 1875.

POTOCKI. — Y a-t-il lieu d'étendre les indications de l'opération césarienne. — *La Clinique*, mars 1909.

RIBEMONT, DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.

ROUTIER. — Thèse doct., 1893.

RUDAUX. — Excès de volume du fœtus et opérations césariennes. — *La Clinique*, mars 1909.

RUBIN. — Thèse de Paris, 1930.

SCHICKELÉ. — Les interventions obstétricales chirurgicales au cours de l'accouchement. — *Gyn. et obst.*, janvier 1920.

TARNIER et BUDIN. — Traité des accouchements.

WIGAND. — Version par man. ext., 1812.

WILHELM. — Les hystérotomies vaginales en obstétrique. — Thèse de Paris, 1913.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
